VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 59)**

z dnia 13 czerwca 2018 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 59)

13 czerwca 2018 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat obecnego stanu, roli i perspektyw rozwoju telemedycyny w profilaktyce i opiece senioralnej;

– informację Ministra Zdrowia na temat rozwiązań w zakresie profilaktyki przeciwgrypowej w populacji osób powyżej 60. roku życia.

W posiedzeniu wzięli udział**: Zbigniew Król** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Lidia Ułanowska** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Marek Posobkiewicz** główny inspektor sanitarny wraz ze współpracownikami, **Ernest Kuchar** kierownik Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, **Lidia Brydak** kierownik Zakładu Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny wraz ze współpracownikami, **Małgorzata Żyra** zastępca dyrektora Departamentu Badań Społecznych Głównego Urzędu Statystycznego, **Marek Woch** pełnomocnik prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Anna Jakrzewska-Sawińska** wiceprezes Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe" w Poznaniu, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Grażyna Andziak-Ziemińska** słuchaczka UTW w Warszawie, **Barbara Zylm** asystentka posła Kornela Morawieckiego, **Jerzy Mądry** redaktor „Głosu Seniora" oraz **prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis** i **dr n.med. Rafał Sapuła** – stali doradcy Komisji oraz **Dominika Górnicka** – asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska i Ewa Soroka** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry państwu. Otwieram 59. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie i panów posłów, witam przedstawicieli ministerstw, pana ministra, a także wszystkich pozostałych gości. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat stanu obecnego, roli i perspektyw rozwoju telemedycyny w profilaktyce i opiece senioralnej, w drugim punkcie rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat rozwiązań w zakresie profilaktyki przeciwgrypowej w populacji osób powyżej 60. roku życia. Czy ktoś jest przeciw przyjęciu porządku dziennego? Nie słyszę. Stwierdzam zatem jego przyjęcie. Proszę o przedstawienie informacji w pierwszym i drugim punkcie, pana ministra Zbigniewa Króla. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, Wysoka Komisjo, państwo posłowie, szanowni państwo goście. Przesłaliśmy państwu dość obszerne materiały, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, aby o tej porze skrótowo powiedzieć na temat tych dwóch punktów, to nie będę odczytywał informacji. Może to będzie lepsza formuła…

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Myślę, że tak, materiały otrzymaliśmy, tak że bardzo prosimy o skrótową informację.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Jeżeli chodzi o aspekt telemedyczny – wykorzystanie narzędzi telemedycznych w ochronie zdrowia, o czym mówi ustawa z 2015 r., daje możliwość niekoniecznie bezpośredniego kontaktu pacjenta np. z pielęgniarką, twarzą w twarz, można bowiem użyć środków łączności zarówno w formie telekonferencji, jak i teleinformatycznych oraz telefonicznych. W myśl ustawy, tak zmieniono wymagania techniczne dla tych urządzeń, aby umożliwić diagnozowanie, przeprowadzanie badań obrazowych i diagnostycznych, określono też przepisy dotyczące działalności leczniczej i udzielania świadczeń na podstawie tych systemów.

Dzięki tej zmianie w stosunkowo krótkim okresie, w mojej ocenie, wprowadzono dwa elementy, wymagające jeszcze rozbudowy. Pierwszy, to przede wszystkim telekonsylium kardiologiczne, kiedy konsultujący specjalista, nie widząc pacjenta, może weryfikować gros schorzeń kardiologicznych. Telekonsylium kardiologiczne można również wykorzystać do konsultowania lekarzy, którzy prowadzą pacjentów – tu nie chodzi tylko o pacjentów w podeszłym wieku, ale o pacjentów oddalonych od centrów specjalistycznych. W ramach tego konsylium odbywa się wywiad, interpretacja badań diagnostycznych, ale również konsultacja programów postępowania z pacjentem, planu leczenia i ewentualnie weryfikowania samego procesu.

Drugi element, to konsylia geriatryczne dla osób powyżej 65. roku życia. To jest obszar, który mógłby być bardziej rozwinięty. Od 1 października 2015 r. stosownym zarządzeniem prezesa są one finansowane. W ramach tego telekonsylium powinna być wykorzystywana w zdecydowanie większej skali analiza leczenia farmakologicznego, pozwala to na wyeliminowanie polipragmazji i podjęcie decyzji, jakie leki mogą być stosowane, daje dużo pól manewru dotyczącego planu leczenia.

Pod koniec 2016 r. wprowadzono również telerehabilitację hybrydową chorych po zawale mięśnia sercowego. Celem jest rozwinięcie kompleksowej opieki nad osobami, które oprócz interwencji kardiologicznej, interwencji samej kardiologii i rehabilitacji mają również taką możliwość. Wszystkie te procedury są zastosowane w opiece senioralnej.

Napotkano jednak problem stosunkowo słabego zainteresowania świadczeniodawców. W latach 2015-2017 Narodowy Fundusz Zdrowia podpisał umowę na 370 tys. zł, czyli ten obszar nie jest specjalnie zadowalający. Analizujemy przyczyny tego stanu rzeczy, wydaje się, że to narzędzie nie jest wykorzystywane w pełnej skali ani przez pacjentów, ani przez konsultujących lekarzy, np. opieki podstawowej, pewnie z powodu słabego przygotowania sprzętu oraz łączy teleinformatycznych, co musimy poprawić.

Ministerstwo prowadzi intensywne prace nad informatyzacją systemu opieki zdrowotnej. Ma to szczególne znaczenie dla udokumentowania zdarzeń medycznych w wersji cyfrowej. Zaczęliśmy od e-skierowań i e-recept. Jednocześnie we współpracy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych zajęliśmy się (co może nie dotyczy przedmiotu prac tej Komisji) zwolnieniami lekarskimi, które były pierwszym poligonem oceny stopnia informatyzacji placówek, wypisujących najwięcej zwolnień. Projekt e-recepty ma wejść w 2020 r. Pierwsze elektroniczne recepty są kierowane do adresatów, dodatkowo będą one umożliwiać weryfikowanie przepisywanych leków dla danego pacjenta w dokumentacji medycznej lekarza POZ.

System e-skierowań będzie wchodził w skali całego kraju w 2021 r., jak również cała dokumentacja medyczna, tak żeby ten system po stronie lecznictwa zamkniętego był kompatybilny. Jest to realizowane w ramach Projektu P1. W ramach tego projektu zakłada się również utworzenie Internetowego Konta Pacjenta, który pozwoli każdemu pacjentowi przeanalizować przepisane leki, czy udzielane świadczenia, poznać konkretnych świadczeniodawców z tego obszaru i np. kwoty przeznaczane na te świadczenia, żebyśmy mieli świadomość, w jakim stopniu korzystamy z tego systemu.

Dodatkowo prowadzimy intensywne rozmowy na temat uruchomienia Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021. Chcemy wesprzeć świadczeniodawców w zakupach konkretnego oprogramowania, konkretnego sprzętu. Perspektywa oceny aktualnej sytuacji wskazuje na to, że bardzo niejednorodnie szpitale i placówki ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz placówki opieki podstawowej są wyposażone w opro-

gramowanie, które można wpiąć do słynnego już programu P1, czyli tej części przeznaczonej dla pacjenta.

Konkludując, telemedycyna jest to kierunek, który na pewno będzie wspierany. Ma szansę rozwinąć się tam, gdzie rzeczywiście diagnostyka obrazowa wymusza odpowiedni sprzęt. Możemy obserwować już rozwój w poszczególnych szpitalach takiej sytuacji, że ocena wyniku badania przy pomocy tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego jest realizowana niekoniecznie w danej placówce. Konsultacja lekarska konkretnych rozwiązań terapeutycznych też nie musi się odbywać w szpitalu; wystarczy, że lekarz połączy się z odpowiednim smartfonem i będzie mógł skonsultować określone procedury zabiegowe. Ale ta forma rozwija się tam, gdzie jest rzeczywiście dobre oprogramowanie, dobry dostęp do Internetu, do informatyzacji. Uważam, że to jeszcze przed nami, jeśli chodzi o użycie tych narzędzi w opiece nad pacjentami w wieku podeszłym.

Inną sprawą jest również udział tych osób w ocenie czy analizowaniu indywidualnych kart pacjenta. To jest też przed nami, żeby seniorzy sprawnie posługiwali się dostępnymi narzędziami elektronicznymi. Chcemy to realizować, wspierając podnoszenie świadomości poprzez edukację w ramach Narodowego Programu Zdrowia. To tyle o telemedycynie.

Jeśli chodzi o profilaktykę przeciwgrypową… Rozdzielamy?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dobrze, może rozdzielmy. Otwieram dyskusję. Kto z państwa posłów, zaproszonych gości, chce zabrać głos? Pan wiceprzewodniczący Michał Szczerba. Bardzo proszę.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Późna pora, będę więc mówił dosyć skrótowo, ale prawdę powiedziawszy, te trzy strony, które przedstawił pan minister, i jego wypowiedź pokazuje, że przez ostatnie prawie trzy lata niewiele się działo w sprawie telemedycyny. Ustawę o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, którą pan minister był uprzejmy przedstawić, uchwaliliśmy jeszcze w poprzedniej kadencji 9 października 2015 r. Ona dała pewne podstawy dotyczące telemedycyny, ale to był, przytaczając słowa piosenki Anny Jantar, pierwszy krok. Na drugi krok czekamy już rok, dwa, a na jesieni będą trzy lata.

Pan minister również nie był łaskaw powiedzieć Wysokiej Komisji, jaki jest wynik prac zespołu, który powołał minister zdrowia, a powołał go 19 lutego 2016 r. swoim zarządzeniem. Był to Zespół ds. rozwoju e-zdrowia, w tym systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. Wiedziałem o jednym spotkaniu, być może o dwóch spotkaniach tego zespołu i niespodziewanie 25 września 2017 r., po półtora roku, minister zdrowia rozwiązał zespół. Miał on za zadanie omawianie dalszych prac nad kwestiami telemedycyny i określenie strategii systemów informacyjnych w ochronie zdrowia do roku 2023. Niestety, zakończył swoje działanie bez żadnych konkluzji. Żadna informacja MZ, na ten temat nie był poruszana.

Jesteśmy w fatalnej sytuacji, bo na pierwszych posiedzeniach Komisji Zdrowia i pan wiceminister Pinkas, i pan minister Radziwiłł – to są informacje do sprawdzenia w stenogramach, do których sięgnąłem – zapewniali, że w ciągu dwóch lat będą gotowe systemy informatyczne, które umożliwią m.in. wypisywanie recept na bezpłatne leki 75+ przez lekarzy specjalistów, co popierała również opozycja. Tak się nie stało. Jedynym wytłumaczeniem ministra Radziwiłła był brak systemu informatycznego. Dzisiaj, szanowni państwo, informacja jest bardzo niepokojąca, z tych dwóch lat ma się zrobić, licząc od grudnia 2015 r., czyli od deklaracji ministra Radziwiłła, sześć lat, czyli trzy razy dłużej, aniżeli to było deklarowane. Co to powoduje? To ma oczywiste konsekwencje z punktu widzenia zdrowia Polaków. Brak dostępu do pełnych danych na temat pacjenta, jego chorób, przyjmowanych leków, przeprowadzonych hospitalizacji, informacji pod opieką jakich specjalistów znajduje się pacjent w krytycznych sytuacjach, powoduje, że o tym pacjencie często niewiele wiemy, trudniejsza jest więc diagnoza i trudniejsze ustalenie procesu leczenia.

Jeśli chodzi o telemedycynę. Ustawa z 2015 r. dała pewne ramy, to jest wielki sukces prof. Jana Zembali, bo on tę ustawę pilotował, to dzięki niemu również możliwe są telekonsultacje kardiologiczne. Miały one przede wszystkim na celu stworzenie pewnej

płaszczyzny korzystania z dobrodziejstw telemedycyny i nauki w mniejszych ośrodkach. Pytanie do pana ministra – na ile to narzędzie jest wykorzystywane?

Cały czas mamy podstawowe braki, które zawsze są omawiane w raportach Izby Medycyny funkcjonującej w Krajowej Izbie Gospodarczej na temat telemedycyny i teleopieki. Pan minister zna je na pewno. W Polsce brakuje, po pierwsze strategii dotyczącej rozwoju telemedycyny, po drugie standardów, które nie zostały opracowane, a jak nie ma standardów, to nie ma finansowania, nie ma możliwości również ich finansowania przez NFZ, nie ma zdecydowanych celów, zdefiniowanych zadań, nie ma zdefiniowanych terminów i nie ma zdefiniowanych nakładów oraz nie ma instytucji odpowiedzialnych.

Nie przedłużając więc, z przykrością muszę powiedzieć, że niewiele w temacie pierwszego punktu obrad zostało zrealizowane. No i cóż, będziemy się dalej przyglądać tej sprawie. Ale dla państwa, dzisiejszych uczestników i dla oglądających nas być może w Internecie, można powiedzieć, że ta informacja nie jest optymistyczna. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie wiceprzewodniczący. Pani wiceprzewodnicząca Krystyna Wróblewska. Bardzo proszę.

Poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, panie ministrze, zaproszeni goście. Mam świadomość, że generalnie informatyzacja służby zdrowia jest niezmiernie trudna. Od początku swojej kadencji, a jestem pierwszy raz parlamentarzystką, należę do Komisji Zdrowia. Pamiętam początki tej Komisji, kiedy przedstawiano raport na temat, co w poprzednich latach zrobiono w informatyzacji służby zdrowia. Trzeba sobie zadać pytanie, gdzie jest 900 mln zł, jak zostało wydane na informatyzację służby zdrowia? Naprawdę, to jest zastraszający raport, panie pośle, 900 mln zł bardzo źle wydanych na informatyzację służby zdrowia. To po pierwsze. Konkretnie? No po prostu 900 mln zł zostało źle wydanych.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Jaki raport? Jakiej instytucji?

Poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Proszę sobie poczytać raport Najwyższej Izby Kontroli. Powiem tylko tyle, że…

Poseł Michał Szczerba (PO):

Nie był podpisany.

Poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Przepraszam, ale ja panu nie przeszkadzałam, panie przewodniczący. Ja panu…

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę, panie wiceprzewodniczący, ja prowadzę posiedzenie Komisji. Teraz głos ma pani…

Poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Byłam na spotkaniu z panem wiceministrem Cieszyńskim, który odpowiada za informatyzację służby zdrowia. Powiem państwu, że byłam podbudowana, pan minister mówił seniorom, na czym będzie polegać e-recepta, mówił o telemedycynie, o daleko idących działaniach w tym zakresie. Generalnie w każdej dziedzinie informatyzacja jest rzeczą niezmiernie trudną, bo do pewnych działań trzeba przekonać pacjentów. To nie jest takie proste, bo nawet jeżeli mamy programy związane z telemedycyną, trudno przekonać do tego pacjentów, starszych ludzi. Ale pan minister Cieszyński krok po kroku tłumaczył seniorom, w jakim kierunku to pójdzie i mogę powiedzieć, że jestem bardzo podbudowana tym, co usłyszałam. Myślę, że nawet, panie przewodniczący, możemy na któreś z posiedzeń Komisji zaprosić pana ministra, który bardzo dokładnie wytłumaczy, co robi w resorcie, jakie działania resort podejmuje. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos? Pan doktor Rafał Sapuła. Bardzo proszę.

Stały doradca Komisji dr n. med. Rafał Sapuła:

Rafał Sapuła, doradca Komisji. Szanowna pani przewodnicząca, panie ministrze. Myślę, że problem jest nie tylko w pacjentach, ale również w lekarzach, bo szczególnie pokolenie starszych lekarzy trudno jest zachęcić do korzystania z tych narzędzi. Chociażby teraz problem z e-zwolnieniami lekarskimi. Podobnie sytuacja wygląda z telemedycyną. Wiem z relacji kolegów, że oni chętnie by się tym zajęli, gdyby mieli na to czas. A czasu na bezpośrednią pracę z pacjentem jest bardzo niewiele i dlatego zainteresowanie telemedycyną, podejrzewam, mimo istniejących programów też jest nieduże.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Poproszę pana prezesa. Pan Jerzy Płókarz, bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Wysoka Komisjo, szanowni państwo. Może parę słów od praktyka, który od kilkudziesięciu lat pracuje właśnie w dziedzinie działań telekomunikacyjnych, rediokomunikacyjnych i związanych z ratownictwem. Patrząc z perspektywy lat moich doświadczeń, jestem wdzięczny MZ za tak konkretne, wyważone stanowisko w zakresie telemedycyny. To świadczy, w mojej ocenie, o niczym innym, jak tylko o dużej odpowiedzialności resortu.

Szanowni państwo, oczywiście telekonsylium kardiologiczne, telekonsylium geriatryczne to wspaniała sprawa, ale w ślad za tą ustawą, o której pan mówił, panie przewodniczący, pojawił się wysyp różnego rodzaju producentów wciskających nam gadżety – jak wiadomo, my prowadzimy Sieci życia – które mają mierzyć temperaturę i sygnalizować, że starsza osoba jest w stanie krytycznym. Tyle, że jak się przyjrzeć, poczytać w instrukcji, to urządzenie może się mylić circa about o parę stopni. Co ja mam zrobić, jeżeli dostaję informację, że pacjent ma 43^0 temperatury? Wysyłać pogotowie, bo przecież jest to niewątpliwie stan krytyczny? Nie wysyłać, bo urządzenie, jak wiemy, wariuje i ma odchylenia? Ale strach… Podsumowując, nie należy tego w ogóle wykorzystywać, bo wprowadza się pacjenta w błąd, stwarza się mu nadzieję, że może na coś liczyć, a nie może. My z jednej strony nie możemy wysyłać na sygnał wadliwie działającego urządzenia karetki, zabierać ostatnią wolną karetkę osobie, która w innym miejscu rzeczywiście potrzebuje pomocy. Mamy olbrzymi dylemat, jaką podjąć decyzję. Jednak nie wysyłać, sprawdzać, wydłużać czas?

Pewne dziedziny telemedycyny forsują pielęgniarki, zwłaszcza w zakresie chirurgii ran, robią zdjęcie i wysyłają je do konsultacji. Chirurdzy, z którymi rozmawiałem, mówią mi tak – stary, ale jak ja mam ocenić, czy tam jest już martwica w tej ranie, czy wdaje się tkanka martwicza, czy nie, jeżeli to zdjęcie nie odpowiada rzeczywistym barwom? Zaczynam się temu przyglądać. Z jeszcze większym przerażeniem stwierdziłem, że producenci tego typu urządzeń zaczynają wprowadzać jakieś aplikacje modyfikujące barwę, w ich ocenie jakimś algorytmem rzekomo przywracające... Czyli zniekształcony obraz zaczyna być powtórnie zniekształcany przez jakąś aplikację. Autor szczerze chce coś poprawić, ale czy rzeczywiście poprawia i urealnia barwę tkanki? Bardzo wątpię.

Telerehabilitacja, panie ministrze. Tutaj ze strony praktyka taka przestroga i sygnał. Jak mamy się zachować, jeżeli od samotnie wykonującego ćwiczenia pacjenta po zawale przychodzi sygnał o braku akcji serca? Bardzo często się zdarza, że po prostu wyciągnął kabelek. Znów dylemat, wysyłać, czy nie wysyłać? Nie może tak być. Telemedycyna jest doskonałym wsparciem medycyny, umożliwia brak konieczności, żeby w danym miejscu był wysokiej klasy specjalista. Ale po drugiej stronie musi być osoba towarzysząca temu choremu. Nie można go pozostawić samego i polegać tylko na urządzeniu, które może być zawodne. A weryfikacja czasami może być niemożliwa, bo dzwonimy do delikwenta, nie odbiera. Co zrobić? Wysłać karetkę, bo może być nieprzytomny? Ale równie dobrze mógł zostawić telefon w samochodzie stojącym pod domem. Stąd moje podziękowanie za bardzo ostrożne podchodzenie do tego tematu ze strony resortu. My to oceniamy jako rzeczywiście poważne potraktowanie tematu, a jednocześnie wspieranie w sposób rozważny tych dziedzin telemedycyny, które rzeczywiście się sprawdzają i rzeczywiście będą mogły być wykorzystywane. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos? Bardzo proszę.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Nie mam takiego zwyczaju, żeby komentować słowa uczestników Komisji…

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

To bardzo proszę nie komentować, panie przewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO):

No nie, mam wolny mandat i mogę komentować to, co uznam za właściwe w danej sytuacji. Mówię do pana, który był moim przedmówcą. To co pan powiedział, ma się nijak do ustawy z 9 października 2015 r., więc proszę nie wiązać aktów prawnych z jakimiś działaniami, które powstają w obszarze rynku, a nie mają nic wspólnego z działalnością legislacyjną, i próbować definiować jakieś poglądy, na podstawie nieistniejących przesłanek. Spotykam pana na różnych posiedzeniach Komisji, ostatnio widziałem pana wśród gości Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka. Mówił pan na temat wymiaru sprawiedliwości jako czynnik społeczny. Rozumiem, że dzisiaj zajmuje się pan kwestiami społecznymi i się cieszę. Ale rozmawiajmy o informacji ministra zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. A ja odpowiem, że właśnie rozmawialiśmy o narzędziach teleinformatycznych, telemedycznych i myślę, że te dwa obszary są ze sobą bardzo powiązane. Czy ktoś z zaproszonych gości chce zabrać głos? Nie.

Mam, panie ministrze, dwa pytania. W ilu miastach ruszył pilotażowy program e-recepta? Dlaczego e-zwolnienia nie zostały wdrożone i co jest tego przyczyną? Czy system teleinformatyczny, czy po prostu lekarze?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Dziękuję za tę debatę. Z zaproszenia wynikało, że informacja ma dotyczyć roli telemedycyny, rozwoju perspektyw w opiece senioralnej, a nie ustawy, o której pan poseł wspomniał. Nie wiedziałem też, że powinienem prześledzić historię informatyzacji polskiej służby zdrowia, pewnie bym się lepiej przygotował na komentarze dotyczące zespołów czy ich braku.

Odpowiedź jest taka, że oczywiście ustawa była przygotowana w 2015 r., wygląda na to, że w dużym pośpiechu, bez możliwości rozpoznania przedmiotu, którym się powinna zajmować. Było to widoczne szczególnie boleśnie w telemedycynie zajmującej się kardiologią. Oczekiwania były rzeczywiście ogromne, bo wtedy nie mieliśmy jeszcze takich parametrów przeżycia po interwencjach kardiochirurgicznych, jakie są w tej chwili. Nie mieliśmy wtedy jeszcze takiej epidemiologii schorzeń wynikających z niewydolności serca, jak w tej chwili i wyglądało na to, że to się uruchomi. To było przesłanką tej ustawy. Kwota, którą przeznaczono w ciągu dwóch lat na ten cel, świadczy o tym, że ustawa nie była jednak takim sukcesem, na który zwracał pan uwagę. I rzeczywiście, jak mówiła pani poseł, konieczność zmiany planu, strategii dotyczącej informatyzacji w Polsce, sprawiła, że ten zespół został rozwiązany na jesieni ubiegłego roku; opracowywano już program Strategia rozwoju e-zdrowia. Z tym że medycyna w e-zdrowiu jest bardzo malutkim i wycinkowym elementem. Szpitale, jeśli chodzi o telemedycynę, w wielu miejscach radzą sobie w diagnostyce, o której mówiłem, zarówno obrazowej, jak i laboratoryjnej, także w konsultacjach, i rzeczywiście tutaj pole jest opanowane, ale to nie dotyczy tylko opieki senioralnej. W związku z tym, też skrótowo potraktowałem ten temat.

Czy mamy zapóźnienia w telemedycynie, czy można było zrobić coś szybciej? Przy tym stopniu informatyzacji nie. I tu wymowny jest przykład e-zwolnień, o które zapytała pani poseł Zwiercan. Mimo tego, że opracowanie centrali, czyli w tym przypadku ZUS, było de facto gotowe do przyjęcia tej liczby wypisywanych zwolnień, to po drugiej stronie, czyli po naszej stronie, lekarskiej i medycznej, stopień informatyzacji nie był dostateczny, jak oczekiwano, stąd też to przesunięcie o pół roku. Z analiz, które ZUS robi na bieżąco, wynika, że są dwie składowe, jedna, że nie w każdej miejscowości, nie w każdym miejscu i nie w każdej praktyce jest dobry dostęp do Internetu, a to jest niezbędny

warunek, dlatego że całe oprogramowanie tak zostało skonstruowane, żeby w praktyce lekarz mógł wystawić zwolnienie. Nie ma też konieczności, co było ogromnym obciążeniem jeszcze rok temu, certyfikowania innym certyfikatem, czyli podpisem elektronicznym przy każdym wystawianiu e-zwolnienia. To zdecydowanie wydłużało cały proces. W tej chwili sporządzenie e-zwolnienia trwa mniej więcej tyle samo co wypisanie zwolnienia długopisem na blankiecie, przy odpowiednim przećwiczeniu nawet szybciej. Podpis jest weryfikowany, certyfikat jest ZUS-owski, tak, że te rzeczy zostały zrobione. Ale to też nie dotyczy opieki senioralnej, a tylko seniorów pracujących. Być może to dotyczy grupy lekarzy, którzy osiągnęli już pewien wiek i którym rzeczywiście jest trochę ciężej, ale nie aż tak, jakby to wynikało z liczby wypisywanych e-zwolnień. Ci lekarze równie świetnie sobie radzą pod warunkiem dobrego oprogramowania, dobrego sprzętu i dobrego dostępu do łącza.

Co do e-recept. W tej chwili jest to zrealizowane w formie pilotażu w dwóch miastach, w Siedlcach i Skierniewicach. Chcemy to przetestować, ponieważ tu jest konieczny również czuły parametr, jakim jest kontakt między placówką medyczną, zdrowotną a apteką, także placówką medyczną dla określonego pacjenta, ocenić jak to wygląda, jak się sprawdza elektroniczny przepływ dokumentów. Chcemy to zrobić na tej bazie i rozwijać maksymalnie szybko, jeżeli tylko parametry realizacji projektu zostaną zaakceptowane.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, panie ministrze, za udzielenie odpowiedzi. Czy ktoś jeszcze? Pan chce zabrać głos. Bardzo proszę. Proszę się przedstawić.

Kierownik Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Ernest Kuchar:

Ernest Kuchar, jestem kierownikiem kliniki pediatrii i chciałbym, pani przewodnicząca, szanowni państwo, podzielić się swoimi doświadczeniami z informatyzacją służby zdrowia. Pracuję w nowym szpitalu pediatrycznym otwartym w Warszawie w 2015 r., gdzie jest nowy sprzęt, nowa sieć itd. Powiem państwu, że to nie jest wina lekarzy, że nie wypisujemy e-zwolnień. Pan minister bardzo słusznie wskazał fakty, że nie można wsadzać silnika mercedesa do syrenki. Tu nie chodzi o to, że mam już 50+, mogę nie być już taki biegły w Internecie, ale mam młodych lekarzy na oddziale. Poprosiłem wszystkich, żeby się zorientowali w ZUS itd.

Proszę państwa, w tym nowym szpitalu te nowe komputery w czasie wypisywania zwolnień się zawieszają. Prawdopodobnie przepustowość systemu jest zbyt mała. Jeżeli wystawienie e-zwolnienia trwa trzy razy dłużej niż zwykłego zwolnienia, to proszę się nie dziwić, że lekarze nie będą tego robić. A już zupełną tragedią jest system monitorowania kształcenia. To jest taki bubel, który nie powinien być w ogóle uruchomiony. Poświęciłem dwa tygodnie kosztem pacjentów, kosztem snu, kosztem wszystkiego, żeby złożyć wniosek o akredytację naszego ośrodka. System jest tak zrobiony, że nie da się zapisać tego wniosku w połowie, trzeba zapisać całe strony, inaczej się nie da się tego zapisać. Jeżeli nie doszedłeś do końca strony, a zrobiłeś sobie przerwę, to przepada. Proszę państwa, jest to zupełnie nieintuicyjne, jest to zrobione beznadziejnie. Nie było żadnych szkoleń. Po prostu dostałem podręcznik użytkownika, który jest dostępny w Internecie i po dwóch tygodniach udało mi się to wypełnić. To jest wprost nieprawdopodobne. Jeżeli na tym ma polegać informatyzacja, że zamiast zrobić coś w jeden dzień, trzeba poświęcić dwa tygodnie, to ja bardzo przepraszam, to nie ma żadnego sensu.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani poseł. Bardzo proszę.

Poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Zgadzam się z panem doktorem, ponieważ te wszystkie systemy… Zresztą dwa i pół roku mówiliśmy na ten temat, że osoby, które przygotowywały to wszystko, tak naprawdę nie miały do końca świadomości, jak to powinno być zrobione. Państwo powinni dyktować jako lekarze pewne rzeczy. Dlatego uważam, że trzeba… Informatyzacja jest potrzebna, ale trzeba to wszystko robić z głową i profesjonalnie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Dziękuję wszystkim uczestnikom dyskusji. Przechodzimy do… Ktoś jeszcze chciał zabrać głos? Nie.

Przechodzimy do drugiego punktu posiedzenia – rozpatrzenia informacji Ministra Zdrowia na temat rozwiązań w zakresie profilaktyki przeciwgrypowej w populacji osób powyżej 60. roku życia. Bardzo proszę, panie ministrze, o przedstawienie informacji.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Podobnie jak poprzednio chciałbym zaznaczyć czołowe punkty w dokumencie, które znajdą państwo w przedstawionych materiałach. W aktualnym programie szczepień ochronnych szczepienie przeciw grypie jest zalecane populacji osób powyżej 55. roku życia. Szczepienie przeciwko grypie nie jest w tym systemie szczepień obowiązkowe. Z naszej strony, jak również ze strony Głównego Inspektoratu Sanitarnego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH oraz wszystkich zainteresowanych gremiów próbujemy przekonywać o zaletach szczepień przeciwko grypie. Skutek jest słaby. W Polsce procent zaszczepionej populacji jest na bardzo niskim poziomie, w sezonie 2017/2018 wynosił 3,6% ogólnej populacji. Nieco wyższy odsetek obserwujemy wśród osób starszych, powyżej 65. roku życia, w 2016 r. wg Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH zaszczepiło się 6,87%, z tym, że ta liczba maleje. Grypa jest takim schorzeniem, które w określonym wieku jest niesłychanie poważne, często może się kończyć zapaleniem płuc i śmiercią. To są informacje, którymi próbujemy przekonywać różne instytucje.

Było zlecenie wysłane przez ministra zdrowia do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na określoną szczepionkę w celu przeanalizowania zasadności w systemie HTA. Rekomendacja była pozytywna, ale z parametrem obniżenia ceny tego szczepienia do poziomu, który jest efektywny klinicznie. Niestety po negocjacjach w Komitecie Ekonomicznym Ministra Zdrowia nie udało się z producentem wynegocjować odpowiedniej stawki, żeby wprowadzić odpowiednią stawkę do katalogu refundacyjnego, czyli do pełnej refundacji choćby w tej grupie osób w wieku podeszłym. Wracamy więc do punktu wyjścia i AOTMiT będzie opracowywać programy wzorcowe dla polityki zdrowotnej dla samorządów.

Wiele samorządów w naszym kraju realizuje te programy, szczególnie dla osób w podeszłym wieku. Konkretnie, 90 jednostek samorządowych prowadzi co roku takie programy. Część z nich jest kierowana do osób w wieku podeszłym i pewnie dzięki tej aktywności wskaźnik jest bliski 7% wykorzystania, aczkolwiek do wszystkich zainteresowanych apelujemy i prosimy o wspieranie tego typu aktywności w samorządach czy wśród osób zajmujących się opieką nad osobami starszymi.

Realizujemy również w ramach Narodowego Programu Zdrowia kilka programów, które dzięki aktywności GIS są programami ogólnopolskimi. Problem jest taki, że rzeczywiście trafiliśmy na trudny okres rozwoju cywilizacyjnego i dużą aktywność tzw. antyszczepionkowców, którzy wszelkie merytoryczne argumenty i dowody naukowe wskazujące na zasadność szczepienia w ogóle, a osób starszych w szczególności, torpedują argumentami kompletnie nienaukowymi i niemerytorycznymi. I z tym jest kłopot.

Może bym oddał teraz głos panu ministrowi Posobkiewiczowi, żeby powiedział parę słów na temat takich programów, jak: Zaszczep sobie wolę szczepienia czy chęć szczepienia i innych, które są aktualnie prowadzone. Wydaje się, że to jest to grono, gdzie rzeczywiście warto przedstawiać te informacje. Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Oczywiście. Bardzo dziękuję, panie ministrze, i proszę, panie ministrze, o zabranie głosu.

Główny inspektor sanitarny Marek Posobkiewicz:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Szanowni państwo posłowie, szanowni państwo. Może najpierw krótka uwaga, że ten sezon, jeżeli chodzi o grypę, charakteryzował się występowaniem stosunkowo ciężkich przypadków, o czym wspomniał pani minister, że kończyło się to zapaleniami płuc, również zgonami. Biorąc pod uwagę, że w sezonie, który został określony jako jesień-zima-wiosna 2017-2018 chorowało ponad 4,5 mln, dokładnie 4 756 371 osób. Oczywiście, to nie była tylko grypa, ale i choroby grypopodobne. W lutym, kiedy odnotowaliśmy najwięcej zachorowań, było ich wyraźnie ponad

milion, czyli statycznie w tym miesiącu jedna osoba z tej sali chorowała, a w całym sezonie przechorowała już w tej sali jedna piąta, bo przez sezon jesienno-zimowo-wiosenny chorowała jedna piąta Polaków.

Od kilku lat uważamy, że bardzo ważne są różne drogi dotarcia do świadomości obywateli. Z jednej strony umożliwienie szczepień bezpłatnych, czyli chodzi o programy samorządowe, o których wspomniał pan minister, również szczepienia pracowników, bo każdy, kto potrafi przełożyć efekt ekonomiczny inwestycji w zdrowie pracownika, którego zabezpiecza się przed wyłączeniem z produkcji np. z cyklu produkcji w dużym zakładzie, wie, że dzięki niewielkiemu kosztowi można zyskać naprawdę bardzo wiele. Bez świadomości ludzi, jak ważne jest szczepienie, przed jak ciężkimi konsekwencjami może nas uchronić, sukcesu oczywiście nie odniesiemy nigdy..

W różny sposób można trafić do różnych grup społecznych. Prowadzi się kampanie, np. wspomniane przez pana ministra – Zaszczep sobie chęć szczepienia, my ze swej strony popieramy wszelkie i małe, i duże inicjatywy. Większość dorosłych ogląda wiadomości, dyskusje, debaty, młodzież praktycznie siedzi tylko w Internecie albo w swoich smartfonach, a przez nie, również w Internecie. Można się więc uciec do różnego rodzaju memów, akcji, które zwrócą uwagę młodego człowieka. Przypominamy też, że na naszej stronie internetowej po stronie szczepienia gis.gov.pl znajdują się informacje zarówno dla pacjentów, jak i dla personelu medycznego, będące źródłem wiedzy opartej na faktach, można przeczytać wywiady z ekspertami w poszczególnych dziedzinach medycyny. Staramy się to oferować jako przeciwwagę dla różnych treści, które pewne grupy społeczne trochę „rozminięte" z wiedzą naukową i czasami z logiką, próbują narzucić jako swój sposób myślenia.

Przepraszam, jak się rozkręcę, to mogę mówić za długo, a jest nas troszeczkę na tej sali i robi się duszno.

Chciałbym apelować do wszystkich państwa, którzy świadomie podchodzą do swojego zdrowia. Jeżeli porównamy opinie społeczeństwa nie tylko na temat szczepień przeciwko grypie, ale w ogóle na temat szczepień, to zdecydowana, lepszym sformułowaniem będzie tutaj, znakomita większość społeczeństwa oczywiście zgadza się z zasadnością szczepień, łącznie ze szczepieniami obowiązkowymi. Tyle, że ci, co się szczepią, wracając z punktu szczepień nie krzyczą na prawo i lewo albo stojąc z transparentem „Zaszczepiłem się, bo to jest dobre!". Ja też poczułem taką misję, że staram się chwalić moich współpracowników i ludzi nauki, lekarzy namawiam nawet do tego, żeby wieszali w swoich gabinetach zdjęcie samych siebie, jak się szczepią, ponieważ jeżeli ktoś daje świadectwo i widać, że on się zaszczepił, to dla pacjenta jest przekaz, że to nie przysłowiowa „big farma" trzyma tego lekarza na pasku, żeby on zaszczepił ileś osób. Dla lekarzy POZ przekonywanie i szczepienie pacjentów sezonie grypowym to jest żaden interes, bo oni są wtedy zajechani, mówiąc językiem młodzieżowym, nie mają czasu załatwić wszystkich pacjentów, którzy zgłaszają się sami. Zawsze więc tym bardziej przyklaskuję, wskazuję lekarzy, którzy jeszcze znajdują czas, żeby poświęcić go na edukację pacjentów. Niektórzy lekarze nie chcą się zbytnio angażować w taką działalność. Przykład z ostatnich tygodni, lekarz, młody pediatra, który wypowiedział się logicznie na temat szczepień, został tak skwitowany w Internecie, że był niemal zmuszony do złożenia doniesienia do prokuratury, co zresztą zrobił.

Ze swojej strony będziemy nadal prowadzili promocyjne akcje uświadamiające. Mamy również nadzieję, że uda się znaleźć konsens ekonomiczny w kwestii bezpłatnych szczepień systemowych dla seniorów, chociaż obecnie przy tych kilkudziesięciu programach samorządowych w kraju bardzo duża część seniorów, chcących się zaszczepić, to oczywiście to zrobią. Inną grupą, w której szczepienia powinny być nie tylko przywilejem jako możliwość uodpornienia się, ale wręcz obowiązkiem, to jest personel medyczny, który oprócz narażenia siebie na chorobę i przeniesienia jej do domu i rodziny, staje się również wektorem dla innych pacjentów. Czasami może to mieć dramatyczny skutek, gdy na oddział onkologiczny, hematologiczny bądź inny z ciężko chorymi pacjentami z obniżoną odpornością, wejdzie ktoś chory, nieważne czy to będzie lekarz, pielęgniarka, salowa czy nawet osoba z cateringu. Nie wszyscy ciężko przechodzą grypę, ale badanie odpornościowe wykaże, że będą już zarażać. Oni będą mogli funkcjonować, chociaż nie

powinni, bo dla ich zdrowia ważniejszy jest w tym momencie odpoczynek, jego brak może skutkować zapaleniem mięśnia sercowego, a w konsekwencji, co się zdarza nawet do kilkudziesięciu przypadków w roku, koniecznością transplantacji serca. Z tego względu będziemy apelować o takie rozwiązanie, żeby szczepienia dla personelu medycznego były nie tyle bezpłatne, co po prostu obowiązkowe.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Jeszcze pani profesor. Bardzo proszę.

Kierownik Zakładu Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny Lidia Brydak:

Nazywam się Lidia Brydak, jestem kierownikiem Krajowego Ośrodka ds. Grypy, jednego ze 144 w świecie w NIZP. Może dodam do wypowiedzi pana ministra Posobkiewicza, że od lat 50. Polska uczestniczy w globalnym nadzorze nad grypą. Dlaczego to ma tak duże znaczenie? Dlatego, że w siedmiu grupach wiekowych potwierdzamy to, co mówią lekarze. Jest to możliwe dzięki dobrej współpracy, panie ministrze, z 16 wojewódzkimi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi. I tak np. muszę powiedzieć, że w sezonie 2017-2018 zostały przebadane 5682 materiały, z czego 43% stanowią materiały potwierdzające to, co powiedzieli lekarze.

Ale wracając do tematu dzisiejszego spotkania, a mianowicie do grupy senioralnej, mamy zarejestrowanych w tej grupie 457 570 podejrzeń, 28 zgonów na 48 i 706 potwierdzonych przypadków. Jest mi z tego powodu niezmiernie przykro, ale muszę to powiedzieć, że na każdym spotkaniu w Światowej Organizacji Zdrowia płonęłam rumieńcem odnośnie do procentu zaszczepionej populacji, tak dramatycznie niskiej.

Na co chciałabym zwrócić uwagę? Że infekcję spowodowaną przez wirus grypy należy rozpatrywać nie tylko w skutkach powikłań, które mogą być, jak powiedział pan minister, w zależności od naszego układu immunologicznego, lżejsze; mogą doprowadzić do trwałego inwalidztwa; a w najgorszym, najtragiczniejszym przypadku mogą zakończyć się zgonem. Infekcje prowadzą również do wymiernych w skutkach ekonomicznych strat, za jakie my, podatnicy płacimy. Firma Ernst & Jung obliczyła koszty bezpośrednie, jakie ponosi kraj w ciągu roku. Tu muszę powiedzieć jedną rzecz – grypa jest chorobą sezonową. Szczepimy się szczepionką odpowiednią na dany sezon, nie na dany rok, bo w roku mamy zeznania podatkowe. Ale ze względu na to, że budżet ustalamy w skali roku, chciałabym dodać, że koszty bezpośrednie w zależności od łagodnej epidemii, jeśli można tak powiedzieć, według obliczeń firmy EY, wynoszą 43,5 mln zł. To są koszty leków, wizyt, leczenia. A koszty pośrednie to są straty gospodarcze, jakie ponosi cały kraj – rocznie by nas to kosztowało 1,5 miliarda złotych.

Proszę państwa, chociaż 50 lat swojego życia naukowego poświęciłam grypie, grypa jest, że tak powiem, przedmiotem mojej fascynacji, widziałam różne powikłania pogrypowe, zacząwszy od osób 19-letnich, u których dochodziło do przeszczepu serca, jak również do niedowładów. Chciałabym jednoznacznie złożyć swój podpis pod hasłem, aby zaszczepiać jak największy procent populacji ludzi po 65. roku życia. Będzie nietaktem, jeśli powiem, jaki jest mechanizm infekcji grypy, ale w konsekwencji może dojść właśnie do zapalenia płuc u osób już leciwych, a u dzieci do zapalenia oskrzelików i niejednokrotnie to zapalenie płuc jest już ostatnie. Dlatego też Światowa Organizacja Zdrowia ESDC (Światowe Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób) zaproponowała w 2000 r., żeby obniżyć wiek z 65. roku życia nawet do 50. Ponieważ mam straszną wadę, mianowicie na temat grypy mogę mówić do uśpienia, na tym chciałabym zakończyć.

Ale na jedno zwrócę uwagę. Jeszcze w 2001 r. badania amerykańskie, polskie i francuskie wykazały, że jeżeli zaszczepimy dzieci w wieku szkolnym, to procent powikłań i infekcji u osób dorosłych zdecydowanie spada i w pewnym okresie rząd japoński wprowadził obowiązkowe szczepienia.

Wrócę jeszcze do pana ministra Posobkiewicza. W niektórych państwach, np. w USA, pracownicy instytucji medycznych, zacząwszy od portiera, skończywszy na ordynatorze, jeśli nie są zaszczepieni przeciwko grypie, nie mają prawa wstępu do kliniki. I uważam, że to nie ma absolutnie nic wspólnego z demokracją, bo to jest strzelanie, jeśli się nie szczepimy, sobie w kolano. Na tym już, szanowni państwo, zakończę.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani profesor. Myślę, że faktycznie moglibyśmy jeszcze długo słuchać państwa, to co państwo nam przedstawili, jest bardzo ciekawe. Ja, powiem szczerze, nie szczepię się. Pan wiceprzewodniczący odsunął się ode mnie, bo tak szybko „łapie"; nie wiem, czy mam grypę, ale jestem przeziębiona.

Kierownik Zakładu Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP – PHZ Lidia Brydak:

Mogę sprawdzić.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dobrze, to może po posiedzeniu Komisji. Wydaje mi się, że brakuje nam edukacji, za mało wiemy. Dochodzą do nas opinie, że – mówię w swoim imieniu – grypa mutuje i szczepionki nie działają, a jeżeli osoba zaszczepiona zachoruje, przechodzi grypę jeszcze ciężej. Biję się w piersi i chyba faktycznie powinnam zacząć się edukować, żeby również rozmawiając z osobami starszymi, z którymi bardzo często się kontaktujemy, pokazywać to, co jest dobre. Do głosu zgłaszają się jeszcze pan minister i pan wiceprzewodniczący. Bardzo proszę.

Główny inspektor sanitarny Marek Posobkiewicz:

Bardzo dziękuję. Odniosę się do słów pani przewodniczącej, jako przykładu osoby młodej, która…

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

W tym roku już senior.

Główny inspektor sanitarny Marek Posobkiewicz:

Proszę państwa, osoby młode, 20-, 30-parolatkowie w Polsce często tkwią w tej świadomości, że jeśli do tej pory nic się ze mną nie działo, na nic nie chorowałem, nie chorowałam, uprawiam sport, czuję się zdrów jak ryba i przysłowiowy koń… Takie osoby po przechorowaniu grypy mają poważne powikłania w postaci zapalenia mięśnia sercowego, które dotyczy często młodych ludzi. U seniorów najczęściej są to powikłania chorób przewlekłych, bo oni ciężej przechodzą zapalenia płuc, jeżeli mają przewlekłą obturacyjną chorobę płuc albo astmę oskrzelową, jeżeli mają niewydolność krążenia. W tym sezonie było bardzo dużo zapaleń płuc u dzieci i młodzieży dotychczas zdrowych i musimy pamiętać, że nie ma takiej gwarancji: jestem zdrowy, zdrowa, mnie ten problem nie dotyczy. Niestety, wiele osób już się zdziwiło.

Kiedyś tuż przed wywiadem radiowym odrobinę ode mnie starszy dziennikarz wchodzący już w wiek senioralny, powiedział, że bardzo się zdziwił, gdy był z jakiegoś powodu w klinice kardiologii i zobaczył wielu młodych ludzi. Zdziwiony zapytał swojego kardiologa – to co, oni mają problemy z sercem? Usłyszał – nie, ci właśnie młodzi ludzie mają powikłania pogrypowe. Ponieważ to są pojedyncze przypadki w wielu oddziałach internistycznych w całym kraju, część z nich trafi do kliniki kardiologii, część dzięki Bogu i medycynie udaje się doprowadzić do dość dobrego powrotu do zdrowia, czyli serce potrafiło się zregenerować, u części powikłania wywołają niewielki uszczerbek na zdrowiu, u części taki skutek, że wydolność mięśnia sercowego nie będzie już nigdy taka jak wcześniej, a u niektórych jedynym ratunkiem i jedyną możliwością normalnego funkcjonowania i życia jest przeszczep serca. Możliwość zachorowania z ciężkim powikłaniem jest dużo większa niż wygranie dużej nagrody w toto lotka, tu wygrana zdarza się rzadko, niemniej ileś osób w roku wygrywa, a osób z powikłaniami mamy w ciągu bardzo, bardzo dużo.

Zwróćmy jeszcze uwagę, że spośród uwidocznionych w statystyce ponad 4,5 mln chorych, jak wspomnieliśmy, oczywiście tylko część pacjentów ma grypę, ale też nie wszyscy z grypą trafią do tej statystyki. Część osób prowadzących własną działalność bądź niepracujących pozostaje w domu, leczy się domowymi sposobami, tutaj wypoczynek jest bardzo ważny. Również liczba zgonów będzie na pewno niedoszacowana. Zwróćmy uwagę, ilu starszych ludzi umiera z wcześniejszą poważną niewydolnością krążenia, poważną chorobą układu oddechowego. Oni się po prostu nadkażają grypą, nawet nikt nie zdąży ich zdiagnozować i oni cicho odchodzą.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Pan wiceprzewodniczący, bardzo proszę.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pani przewodnicząca, panowie ministrowie. Będzie krótko; bardzo wysoko cenię działalność Krajowego Ośrodka ds. Grypy i zawsze przed sezonem grypowym słyszymy od pani profesor zalecenia dotyczące szczepień ochronnych. Bardzo wysoko również cenię działalność GIS w zakresie, powiedziałbym, niestandardowych kampanii promocyjnych, w których nawet pan minister występuje, za co serdecznie dziękujemy. Pani profesor też oczywiście.

Ale muszę wrócić do tego momentu, kiedy nasza Komisja zajmowała się dezyderatem, który wspólnie sformułowaliśmy, dezyderatem dotyczącym opieki długoterminowej. Niestety, pieniądze mają znaczenie. Odnoszę wrażenie, że od momentu sformułowania tego dezyderatu, który również mówił o niedoszacowaniu stawek taryf w zakładach opiekuńczo-leczniczych i w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, niewiele się zmieniło. Sytuacja jest tego typu, że AOTMiT zaleca podwojenie tych taryf, a niestety, z danych, które poznałem, wynika, że do tego poziomu doprowadziły tylko trzy oddziały NFZ w swoim zakresie działania. To ma również konsekwencje w szczepieniach ochronnych, ponieważ zakłady opiekuńczo – lecznicze i zakłady pielęgnacyjne oszczędzają, mówiąc bardzo wprost, na tych szczepieniach. Naturalnie, nie tylko szczepień przeciw grypie, ale także przeciw pneumokokom. To są moje doświadczenia i moje spostrzeżenia. Być może pan minister ma inne zdanie, ale myślę, że tak jak nie używa się w tego typu zakładach leków nowej generacji, oszczędza się na ich zakupie, tak rzadkością są tego typu szczepienia obejmujące całą grupę osób będących pod opieką długoterminową. Efekt jest taki, że jeżeli ktoś choruje, to potem już wszyscy, podobnie jak z dziećmi w żłobku, najpierw chorują one, później chorują rodzice.

Mówiłem o grupie najbardziej sędziwej. W związku z tym pojawia się praktyczne pytanie – co zrobić, żeby zwiększyć środki, a z drugiej strony zobowiązać podmioty prowadzące tego typu zakładu, których działalność jest finansowana wyłącznie przez NFZ, do tego, żeby takie szczepienia były obligatoryjne. Takie zalecenia rekomenduje AOTMiT, jak również program szczepień ochronnych na 2018 r. w części II osobom przewlekle chorym i osobom w wieku podeszłym, a takie znajdują się w tych zakładach.

Proszę państwa gości, panów ministrów i panią profesor o odpowiedź, co możemy w tej sprawie zrobić przed nowym okresem grypowym, aby ustrzec się zgonów, o których mówili państwo, że są znaczne, biorąc pod uwagę to, że w grupie osób powyżej 65. roku życia w 2016 r. zaszczepiło się tylko 6,9% . Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Pani profesor, może po zadaniu pytań pani i państwo ministrowie udzielą odpowiedzi, dobrze? Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Pani przewodnicząca, panowie ministrowie, zaproszeni goście. Chciałabym zwrócić uwagę na dwie sprawy. Jestem zaskoczona, że przeciwko grypie szczepi się tak mała grupa społeczeństwa. Pamiętam, gdy pełniłam jeszcze funkcję radnej miasta, dosyć dużo pieniędzy przeznaczaliśmy na szczepienia przeciwko grypie właśnie osób starszych. I wiem, w jakim szybkim tempie te miejsca były wykorzystywane. Warto byłoby więc apelować do samorządów, żeby też podejmowały takie inicjatywy z własnej woli, dbając o zdrowie swoich seniorów, bo są takie możliwości.

Po drugie ważną rzeczą jest też uświadamianie pracodawców. W okresie grypy jest bardzo dużo zwolnień lekarskich. Świadomy pracodawca m.in. nawet czerpiąc z funduszy socjalnych czy z jakichś innych podejmuje działania, żeby szczepić swoich pracowników przeciwko grypie. Dobrze, że są akcje uświadamiające, ale z drugiej strony zgadzam się, że trzeba jednak zadbać o to, żeby… Podoba mi się to, co pani profesor powiedziała, że szczepi się dzieci. Chociaż różnie się do tego podchodzi, są chociażby osoby, które występują przeciwko szczepionkom. Ten ruch antyszczepionkowy spowodował bardzo dużo złego.

Wydaje mi się, że omawiane akcje powinny być prowadzone. W zeszłym roku MZ przeznaczyło chyba 100 mln zł na dodatkowe szczepienia, czego nie było wcześniej, przeciwko pneumokokom. To się nam też udało, to chwała dla ministerstwa. Oczywiście nie zrobi się wszystkiego od razu, ale powoli trzeba się do tego przymierzać, bo tak jak powiedziała pani profesor, grypa kosztuje później. Miałam w zeszłym roku kontakt z naszym szpitalem płucnym w Rzeszowie, usłyszałam, że w sezonie grypy na te powikłania idą naprawdę bardzo duże pieniądze. Jest to sprawa, nad którą powinniśmy się pochylić. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, pani poseł. Bardzo proszę, jeszcze pani poseł.

Poseł Teresa Glenc (PiS):

Panowie ministrowie, pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo. Powszechnie wiadomo, że jednak w społeczeństwie różnimy się co do opinii na temat szczepień. Sprawa jest chyba jasna, ale rozmawiamy z ludźmi i wiemy, że naprawdę myślą różnie. I tu bym prosiła pana ministra o odpowiedź na pytanie – czy w ministerstwie są prowadzone badania na temat reakcji poszczepiennych, tych negatywnych oczywiście, jeśli takie bywają? Czy mamy jakąś statystykę, żeby ewentualnie uspokoić społeczeństwo? Czy analizujemy to właśnie od strony poszczepiennych reakcji negatywnych głownie u osób starszych? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Pani profesor, ekspert Komisji.

Stały doradca Komisji prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Panowie ministrowie, pani przewodnicząca, szanowni państwo. Mam pytanie – czy wiemy coś na temat, jak szczepią się osoby w najstarszych grupach wiekowych w stosunku do osób młodszych, czy np. ten problem wśród osób późnej starości jakoś się różni od tych we wcześniejszych grupach wiekowych?

Drugie pytanie dotyczy dynamiki tych szczepień. Czy rzeczywiście jest tak, że podejmowane przez państwa akcje i edukacja zmieniają cokolwiek? Mamy ten niski procent, ale czy jest tendencja zniżkowa, czy cały czas jest tak samo? Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś? Bardzo proszę.

Słuchaczka Mazowieckiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie Grażyna Andziak-Ziemińska:

Grażyna Ziemińska, Mazowiecki Uniwersytet Trzeciego Wieku. Szanowna Komisjo, szanowni państwo. Do państwa wypowiedzi chciałabym dodać jedną o swojej małej społeczności. Jeśli chodzi o świadomość, możliwości korzystania ze szczepień, szczególnie bezpłatnych, dla osób powyżej 65. roku życia, ludzie ją mają. Ale wydaje mi się, że do tych różnych akcji dobrze by było chyba dołączyć straszak. Państwo wypowiadają się tu jako eksperci, mają państwo ogromną wiedzę, ale tak naprawdę jest tak, jak chyba pani przewodnicząca wspomniała, że różne są podejścia do szczepień, ale w istocie ludzie nie zdają sobie sprawy z konsekwencji nieleczonej grypy. Dopiero teraz się zaczyna o tym mówić i kiedy jest apogeum zachorowań, nagle są informacje, zmarły dwie osoby, bo to były komplikacje pogrypowe. Właśnie gdyby do tych akcji dołączyć straszaczek pod tytułem konsekwencje, myślę, że trochę więcej ludzi by reagowało i te 6% osób starszych poddających się szczepieniom, nieco by zwyżkowało. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Proszę o udzielenie odpowiedzi na zadane pytania.

Kierownik Zakładu Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP – PHZ Lidia Brydak:

Szanowni państwo przewodniczący, szanowni państwo posłowie, szanowni państwo. Zacznę od pytań pani konsultant. Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, wynika, że w czterech grupach wiekowych jest prowadzony rejestr: 0-4, 5-14, 15-44 i 65

w górę. Najliczniejsza grupa osób szczepiących się to ludzie dojrzali, dlatego że oni mają świadomość, jakim zagrożeniem jest grypa. Tak jak powiedział pan minister, młodemu człowiekowi wydaje się, że uchroni go młodość. Nic podobnego.

Odnośnie do uczestników UTW miałam już wielokrotnie przyjemność być zapraszana z wykładem dotyczącym grypy. Nie ma wspanialszego audytorium niż seniorzy. Nikt nie patrzy w komórkę, nikt się nie bawi komórką, nikt nie rozmawia, wszyscy siedzą i po prostu słuchają. Potem ustawia się kolejka i przyzwoitość nakazuje odpowiedzieć na pytania. Ale nie dla wszystkich wystarcza szczepionki i dlatego uważam, że powinniśmy wszystko zrobić, żeby tym ludziom, dzięki którym niejednokrotnie zdobyliśmy wykształcenie, mamy dobra materialne, kiedy już nie starcza darmowych szczepionek, jednak je zapewnić.

Szanowni państwo przewodniczący, chcę powiedzieć, że wypunktowałam 23 metody, jak zwiększyć procent zaszczepienia ogólnej populacji. Nie będę państwa zanudzała tym, ale powiem, jakie są dwie główne drogi. Przede wszystkim działanie leżące w gestii instytucji państwowych – podniesienie stawki kapitacyjnej dla ośrodków, które przeprowadzają szczepienia przeciwko grypie; alokacja środków za osiągnięcie wskaźnika 50% zaszczepionej populacji, aby przełamać niechęć pracowników ochrony zdrowia; stosowne zapisy w polisach ubezpieczeniowych. We Francji jest tak, że jeżeli nie zaszczepiłeś się przeciwko grypie, to za powikłania pogrypowe płacisz z własnej kieszeni; wpisanie do kalendarza szczepień dla pewnych grup podwyższonego ryzyka obowiązkowego szczepienia przeciwko grypie.

Już od lat 60. mamy szczepionkę, która jest tylko fragmentem wirusa grypy. Gdybyśmy wzięli zielony kasztan i odcięli kolce, to otrzymamy szczepionkę, która się nazywa podjednostkową, albo gdybyśmy wzięli zielony kasztan, podzielili go na części, mamy szczepionkę z rozszczepionym divionem. Jestem skłonna wszystko postawić na szali, że taki skład nie jest w stanie zakazić, a słyszy się niekiedy takie brednie: zaszczepiłem się i się zakaziłem.

Poza tym trzeba pomóc lekarzom w możliwości zakupu, żeby pacjent, który otrzyma receptę, nie szedł do apteki; aptekarz nie ma teraz szczepionki, musi ją zamówić. Pacjent czeka i sobie mówi, co ja będę chodził pięć razy; warto się postarać, żeby lekarz miał możliwość otworzenia lodówki, wyciągnięcia szczepionki i zaszczepienia pacjenta. Bo co jest ważne? Ważny jest ciąg, układ chłodniczy, żeby nie przerwać łańcucha chłodniczego, dlatego że jak kupi szczepionkę i będzie jechał w autobusie, tramwaju, gdzie temperatura wysoka, nie wszędzie jest klimatyzacja, diabli wezmą szczepionkę.

Rejestrowanie faktycznych powikłań i zgonów. Statystyka zgonów dotyczących grypy jest niedoszacowana. Jest fizyczną niemożliwością, żeby w kraju, w którym tylko 3,65% populacji się zaszczepiła, była tak mała liczba zgonów. Nie mówię już o tym, że lekarz ma prawny obowiązek uświadamiania pacjentów. Ale zgłaszam pretensję i prośbę do każdego kanału telewizji, żeby pokazywali te tragiczne przypadki powikłań pogrypowych. I jak pani była uprzejma mówić o tych szczepionkach – nie mamy filmu dotyczącego hiszpanki, która była tu właśnie prezentowana. Dzisiaj jest stulecie hiszpanki, która spowodowała 50-100 mln ofiar zgonów. Nie zamierzam nikogo straszyć, ale ostatnia pandemia była w 1968 r. i podczas tej pandemii wirusa Hongkong w Polsce zmarło 5940 osób. To, że dojdzie do pandemii grypy, jest tak samo pewne jak to, że kiedyś zajmę stanowisko niebiańskiego kierownika Krajowego Ośrodka w Niebie, że po prostu umrę.

Nie mamy informacji na temat skutków polio. Nie mamy danych tego typu, ale powinniśmy edukować, edukować i jeszcze raz edukować. Ludzie starsi, młodzi tak samo są przyczepieni nieuchronnie do telewizora. Już nie mówię o tym, że na studiach medycznych, farmaceutycznych, pielęgniarskich, rehabilitacyjnych, powinno się przeznaczyć jeden semestr dotyczący wakcynologii.

Mówili państwo o młodych ludziach. Nie chcę podawać nazwiska naszego mistrza olimpijskiego na 800 metrów, chociaż nazwisko jest mi znane, który nie przystąpił do następnych igrzysk z jakiego powodu? Infekcji spowodowanej wirusem grypy. I teraz chłoptaś daje przykład szczepienia innym ludziom.

Powinniśmy koniecznie wymusić na towarzystwach ubezpieczeniowych zapisy przestrzegania kalendarza szczepień. Może powiem coś, co jest bardzo niepopularne, ale

mam na tyle odwagi, żeby powiedzieć. W Australii rząd cofa dotacje rodzicom, jeżeli nie przestrzegają oni kalendarza szczepień. Może powiedzą państwo, że to jest niedemokratyczne. Jeżeli dostajemy coś od państwa, dajmy też dla całego społeczeństwa.

I to, co pani mówiła na temat pneumo. Pneumo jest… – może pan – przepraszam poruszył tę kwestię. Jest dobrodziejstwem, że dzisiaj mamy szczepienia i szczepienia jednak przegrały walkę z oponentami.

Na zakończenie powiem jedną rzecz. Mnie też spotyka fala hejtów, tylko ja ich nie czytam. Ale miałam cywilną odwagę i zaskarżyłam lekarza, który oskarżył mnie publicznie w telewizji, mówiąc, że dlatego preferuję i popieram szczepienia, że mam nieślubnego syna w Małopolsce i on ma hurtownię szczepionki. Wygrałam, założyłam mu sprawę karną, wygrałam, a pieniądze przekazałam na hospicjum na Ursynowie.

Główny inspektor sanitarny Marek Posobkiewicz:

Jedynym opisanym synem pani profesor Brydak jestem ja, tak że gdyby ktoś miał wątpliwości…

Kierownik Zakładu Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP – PHZ Lidia Brydak:

To się zgadza.

Główny inspektor sanitarny Marek Posobkiewicz:

Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, to przez chwilę bym kontynuował. Chciałbym zapewnić pana przewodniczącego, że będziemy dalej prowadzić nasze akcje edukacyjne, nie omijając tych niekonwencjonalnych, bo chodzi o tzw. uchwycenie słuchacza, widza, zainteresowanie go. Niestety, jak pokazuje życie, najbardziej prawdopodobny czas, kiedy wiele osób skieruje się do punktów szczepień i będzie się chciało szczepić, wręcz będzie tego żądało i pytało, gdzie są szczepionki, gdzie w tym momencie jest państwo, będzie wystąpienie pandemii. Tak jak pani profesor wspomniała, rok 1968 to było 50 lat po grypie hiszpance, teraz mija dokładnie następne 50 lat.

Nasz ostatni sezon grypowy chwilami był naprawdę mocno niepokojący. Nie spodziewaliśmy się oczywiście pandemii, bo już po kilku miesiącach można było ocenić zjadliwość tych wirusów, można się było spodziewać ewentualnie dalszego wzrostu zachorowań i jeszcze większej liczby zgonów. Ale nigdy nie możemy być pewni, kiedy nastąpi taka sytuacja. Będziemy wtedy w o tyle trudnym położeniu, jako Polacy, że firmy produkujące te szczepionki, robią pewnego rodzaju swój plan, plan globalny, czyli na cały świat, być może, nie wiem, mają podzielony świat na regiony, państwa, kontynenty. I jeżeli w jakimś kraju szczepi się, niech będzie, 15 czy 20%, to oni zaplanują sobie, musimy mieć tyle, żeby było to minimum 15-20% plus jakiś zapas. Jeżeli u nas szczepi się 3,7% w sezonie, to z ich strony byłoby nieroztropnością szykować dla Polski szczepionki dla 30 bądź 50%, licząc na to, że się wiele osób zaszczepi, z tego względu, że to co sami wyprodukowali, musieliby zutylizować. Czyli jeżeli dojdzie do pandemii, chyba każdy, kto się zajmuje epidemiologią, chorobami zakaźnymi, wirusologią, wie, że w tym momencie ludzie się rzucą, zacznie się panika. Nic tak nie przemawia do ludzi, jak sytuacja, że jeżeli ktoś w rodzinie nagle ciężko zachorował i zmarł, wtedy wszyscy myślą, że to jest coś realnego, że to nie dotyczy tylko innych, ale również mnie. A jeżeli dojdzie do pandemii, to już jest sytuacja kryzysowa, której w trakcie nie można zapobiec. Pozostają tylko działania naprawcze, leczenie objawowe, bo leków wirusowych, danych na czas, może nie starczyć. Dlatego tak ważna jest świadomość szczepień. Niech ta wyszczepialność stale wzrasta, powoli, ale skutecznie, żeby zaszczepionych osób było jak najwięcej w społeczeństwie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Jeszcze pan minister.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

W zasadzie zostało mi kilka odpowiedzi, bo wyczerpano już większość tematów. Najpierw odniosę się do odczynów poszczepiennych, które są analizowane w Polsce. Zbieramy w dwóch obszarach: jeden, to Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, tam, gdzie każdy może złożyć, zarówno lekarz, jak i poszkodowany, informację na temat jakiegokolwiek działania niepożądanego. Drugi, to Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, która

zbiera informacje już od personelu. Wtedy dana jest bardziej zweryfikowana i bardziej obiektywna. Na kilkanaście milionów szczepień w skali roku mamy kilka poważnych odczynów poszczepiennych, czyli to nie są problemy o skali, które w jakikolwiek sposób motywowałyby do zaprzestania szczepień, a o pandemii mówili tutaj pani profesor i pan minister.

Odnośnie do taryfikacji zakładów opiekuńczo-leczniczych. Taryfikacja ZOL-i, to trochę inny temat. Niestety, stawki nie zostały podwojone, bo takich pieniędzy nie było w systemie. Ale w perspektywie trzyletniej jest wzrost, z tego co pamiętam, około 40%, z tym, że dochodzimy do tej wysokości przez kolejne lata. W placówkach, które miały najniższe stawki, zostały one podniesione. Generalnie w ZOL-ach ta część medyczna jest stosunkowo słaba, bo to jest trochę inna opieka. Dużą częścią są osoby przebywające w zakładach opiekuńczych i zasilają ten fundusz. Niemniej pensjonariusze tych zakładów są również w określonych obszarach samorządowych i oni także mogliby być objęci programami samorządowymi szczepienia.

Ze strony centrali, czyli rządu i ministerstwa, w ramach polityki lekowej prowadzimy w tej chwili ocenę poszczególnych grup. Chcemy, żeby na liście refundacyjnej znalazły się przede wszystkim osoby w podeszłym wieku i żeby mimo trudności negocjacyjnych uruchomić szczepienia.

Nic bardziej nie przemawia, niż osobisty przykład. Tutaj bym prosił panią przewodniczącą, żeby na następnym posiedzeniu, przed sezonem grypowym poddała się szczepieniu. Sam przyjadę, wykonam, zaszczepię również pana przewodniczącego oraz całą szanowną Komisję, ktokolwiek będzie chciał, ponieważ jestem za tym, żeby dawać samemu przykład.

Wchodząc tutaj, otrzymaliśmy zaproszenie, formularz zgłoszeniowy na Senioralia 21 września. To jest akurat doby moment na promowanie szczepień. Deklaruję, że przyjadę i ile tylko osób ustawi się w kolejce, a szczepionka będzie dostępna, zbadam, zakwalifikuję i zaszczepię. Myślę, że wielu z tu siedzących wspomoże mnie w tym dziele. Tym bardziej, że dawno temu w Krakowie, w 1997 r. wprowadziłem program populacyjny, umożliwiając zakup szczepionki po bardzo małych kosztach w ramach zakładu opieki zdrowotnej.

To jest ten element, który pani profesor poruszyła, że szczepionka powinna być chyba dostępna w miejscu wykonywania szczepień i to dotyczy szczególnie szczepionki przeciwgrypowej, bo ten moment, kiedy człowiek jest do tego przekonany, bardzo szybko mija. Wiem to po swojej rodzinie, którą szczepię od kilkudziesięciu lat. Kiedyś małe dzieci było trudno dogonić, teraz już starszych trzeba przekonać, że nastąpił ten właśnie moment zaszczepienia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani profesor i panom ministrom za udzielenie odpowiedzi. Dziękuję za otwartą i ciekawą dyskusję. Dziękuję również za świadectwa. Mam nadzieję, że będą kolejne i pan wiceprzewodniczący nie będzie się tak ode mnie odsuwał. Obiecuję, że się zaszczepię.

Główny inspektor sanitarny Marek Posobkiewicz:

Jeśli państwo się pozwolą zaszczepić, to mogę nawet przytulać.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję również przedstawicielom rządu, ministerstw, dyrektorom, posłom, naszym gościom i ekspertom. Wszystkim państwu serdecznie dziękuję. Do widzenia, do następnego spotkania.